

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Sex ____ Fecha de Nacimiento _____ Numero Social XXX-XX - ____
Direccion _____ Ciudad y Estado _____Codigo _____
Telefono _____ Telefono del empleo _____
Empleo _____
Direccion de Empleo _____ Ciudad y Estado _____Codigo _____
En caso de emergencia, llame _____ Relacion _____ Telefono _____
Como escucho sobre Dynamic Rehab? _____

CIRCULE UNO: ESPOSO(A) / PARIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ESTUDIANTE)

Nombre _____ Telefono _____ Telefono del empleo _____
Direccion (si es diferente del paciente) _____ Ciudad y Estado _____Codigo _____
Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____ Empleo _____

INFORMACION MEDICA - POR FAVOR CONTESTE

Razon por su visita _____
Cuanto tiempo ha tenido este problema? _____ Si fue accidente, fecha de herrida _____
Quien lo referio _____ Doctor Familiar _____

HISTORIA MEDICA: Tiene historia de:

Alta pression	Y	N	Pacemaker	Y	N
Condicion del Corazon	Y	N	Asthma	Y	N
Embolio	Y	N	Ataques Epelepticos	Y	N
Diabetes	Y	N	Cancer	Y	N
Problemas Orthopedicas	Y	N	Esta usted embarazada ?	Y	N

Operaciones (Explique) _____
Medicamentos (Lista) _____

SI SU HERRIDA FUE EN SU TRABAJO

Empleo durante fecha de herrida _____ Direccion _____
Telefono del empleo _____ Fecha de herida _____ Claim No. _____
Nombre, Direccion, Telefono del azeguranza de worker's comp _____

SI SU HERIDA ES RELACIONADO CON ACCIDENTE DE AUTOMOBIL

Compania de azeguranza _____ Agente _____
Telefono _____ Fecha de accidente _____ Claim No. _____

SI HA CONSEGUIDO UN ABOGADO SOBRE SU ACCIDENTE

Nombre de Abogado _____ Telefono _____
Direccion _____

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION•ASSIGNMENT OF BENEFITS•AGREEMENT/CONTRACT

I hereby authorize Dynamic Rehab to release to the insurance company(s) and/or attorney named above any information acquired in the course of my examination or treatment (if patient is a minor, parent or guardian sign).

I hereby agree to full responsibility for all expenses incurred by or on account of this patient and hereby assign to Dynamic Rehab any and all insurance and settlement benefits due me to the full extent of my financial obligation to said clinic.

I understand my insurance coverage is a relationship between myself and my insurance company and I agree to accept financial responsibility for payment for charges incurred. I understand that in the event of non-payment, I will bear the cost of collection and/or court costs and reasonable legal fees should this be required. I understand that a \$25.00 no-show fee will be charged for each appointment that I do not give 24 hours cancellation notice.

To the best of my knowledge, the information I have given is accurate and I give permission to treat me as a patient.

Firma

Fecha